

~~EXHIBIT~~ ~~Page 1 of 8~~
CENTRO PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD
YAUCO PUERTO RICO

TELS: 856-1375
856-2929

23 de julio de 1991

Personal Supervisor
Home Care Dr. Pila
Ponce - Puerto Rico -

Señores:

La señora Ana Aurea Irizarry Figueroa trabajó por treinta (30) años como Enfermera Graduada y fue también Supervisora de Enfermeras en el Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Yauco. Por necesidad de los servicios concluye sus últimos años como Enfermera Obstetra.

Cabe señalar que la señora Irizarry se distinguió por su gran responsabilidad, iniciativa y capacidad en las áreas de trabajo.

Resumiendo a la luz de la experiencia con la señora Irizarry a través de los años compartidos, puede definirse como muy receptiva, desarrolló destrezas que le permitieron desempeñar las tareas con gran eficiencia.

Sin otro particular, quedo

Cordialmente,

Ruth M. Pellicier Torres

Sra. Ruth M. Pellicier Torres
Supervisora de Enfermeras Interina
CMS Yauco - Puerto Rico -

.-41-IGPR.

AP-15
Especial

Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD
Area de Personal

INFORME DE CAMBIO ESPECIAL NUMERO P-2927
REGION SUR

SUR

NOMBRE DEL EMPLEADO: Ana A. Irizarry Figueroa

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

TITULO DE CLASIFICACION: Enfermera III

De acuerdo al deslinde de recursos de personal entre el Departamento de Salud y la Administración de Facilidades y Servicios de Salud, según disposiciones de la Ley número 26 del 13 de noviembre de 1975, según enmendada, informamos los siguientes cambios efectivo al 1ro de julio de 1980.

	<u>ANTES DEL CAMBIO</u>	<u>DESPUES DEL CAMBIO</u>
NUMERO DE PUESTO	1119	D-0767
PRESUPUESTO ADMINISTRATIVO	402	402
CIFRA DE CUENTA	80-111-09-04-82-01	81-111-09-04-81
PROGRAMA, DIVISION, SECCION Y DIRECCION DE TRABAJO	Hospital Municipal Yauco	Nivel Primario C.D.T. Yauco

Se notifica el siguiente cambio en el sueldo de este empleado en virtud de la Sección 5.10 Reglamento de Personal, Administración de Facilidades y Servicios de Salud, efectivo al 1ro de julio de 1980.

SUELDO MENSUALANTES DEL CAMBIO

\$695.00

DESPUES DEL CAMBIO

\$720.00

COMENTARIOS: _____

APR 23 1980
MAY 27 1980
OFICINA DE PERSONAL
DEPARTAMENTO DE SALUD
REGION SUR

23 de mayo de 1980

Fecha

[Signature]
Grisóbal E. Roubert-Oficial de Personal
Firma de la Autoridad Nominadora o su
Representante Autorizado

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE SALUD
Administración de Facilidades y Servicios de Salud
Area de Personal

AP-15 Especial

REGION SUR

INFORME DE CAMBIO (AP-15) # P-210

NOMBRE: Ana A. Trinary Figueroa

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

Se notifica el siguiente cambio en el sueldo de este empleado en virtud de lo establecido en el Artículo 7.2 de la Ley Número 89 de 12 de julio de 1979, según enmendada, Ley de Retribución Uniforme. El aumento se concede por haber transcurrido cinco (5) años de servicios satisfactorios en forma ininterrumpida, sin que el empleado haya recibido ningún aumento de sueldo, excepto los otorgados por disposiciones de ley. El cambio es efectivo al 1 de diciembre de 1984.

ANTES DEL CAMBIO

DESPUES DEL CAMBIO

Título de Clasificación

Referencia III

Sueldo Mensual

\$720.00

\$740.00

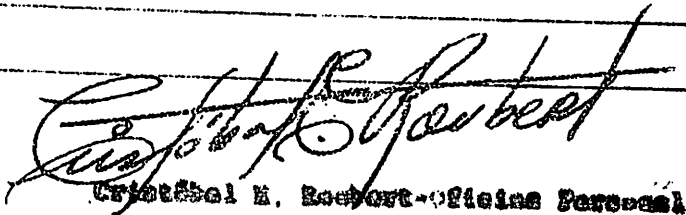
Diferencial

Total

COMENTARIOS: _____

17 de diciembre de 1984

FECHA


Cristóbal M. Rosport - Oficina Personal Reg.

Firma de la Autoridad Nominadora o
su Representante Autorizado

APROBADO

DEC 20 1984

OFICINA DE PERSONAL
DEPARTAMENTO DE SALUD
REGION SUR

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD
Región de Salud Sur
Oficina de Personal Regional

NOTIFICACION DE ENMIENDA

Fecha: 17 de diciembre de 1984

Ldo. José Andrés Pérez Otero
Director Auxiliar
Area de Personal

REFERENCIA:

Formulario: AP-15 Especial F-628
Empleado: Ans A. Trincero Figueroa
Seguro Social: _____
Región: Salud Sur

Estimado Licenciado Pérez:

Mediante esta comunicación estamos enmendando al formulario de referencia según se detalla a continuación:

Salario mensual base:

Antes del Cambio

\$740.00

AP-15 Especial F-2303:

\$770.00

AP-15 Especial F-154:

CANCELADA

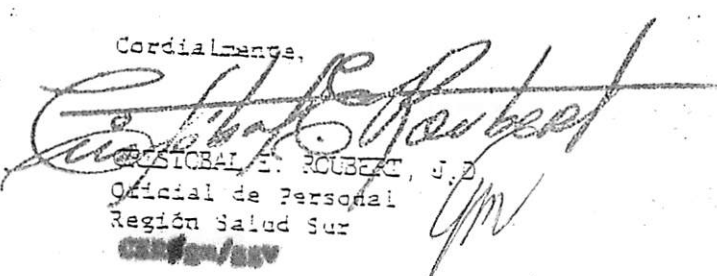
Después del Cambio:

\$770.00

\$877.00

Cordialmente,

cc: Srta. Angie More
Sr. Edna Ramon


EUSEBIO E. ROUBERT, J.D.
Oficial de Personal
Región Salud Sur
CRR/SRV

IMPORTANTE
INSTRUCCIONES:
LEA AL DORSO

INFORME DE CAMBIO

1a. Región u Hospital
Salud Sur
2. Número de Seguro Social del Empleado

Cambio a Efectuarse	Antes del Cambio	Después del Cambio
3. Nombre del Empleado	ANA E. TRIVERO RIVERA	
4. Puesto Núm.	D-0767	
5. Título de Clasificación	Enfermera XII	Enfermera XIX Obstétrica
6. Programa	Nivel Primario	
7. Departamento		
8. Facilidad	Centro Diagn. y Tratamiento	
9. Ubicación Geográfica del Puesto	Yasco	
10. Estado Civil		
11. Categoría del Empleado	De Carrera	
12. Status del Empleado	Expediente	
13. a. Sueldo Mens.	8032.00	
b. Diferencial		
Total	8032.00	
14. Descuento para Contribución sobre Ingresos		
15. Descuento para Seguro Social		
16. Descuento para Aportación Sistema de Retiro	4.38	
17. Descuento para Servicios Médicos		
18. Descuento para Ahorros (A. E. E. L. A.)		
19. Descuento para Seguros (A. E. E. L. A.)		
20. Obvenciones		
21. Otros Descuentos		
22. Fecha de Efectividad		8 de julio de 1987

0250304000060960000111100	A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub. Div.	Asignación	Objeto	A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub. Div.	Asignación	Objeto
23. SIMBOLOS DE CONTABILIDAD	68	111	09	03	-	01								

24. Indique si se trata de: ☐ Ascenso ☐ Cambio de Categoría ☐ Cambio de Status ☐ Ascenso o traslado Transitorio
☐ Descenso ☐ Reclasificación ☐ Reinstalación ☐ Reubicación ☐ Traslado ☐ Nuevo Nombramiento ☐ Aumento de Sueldo

25. En caso de cambio a otra agencia indique - Licencia a acreditarse: Compensatorio _____ días.
Licencia Enfermedad _____ días, Concedida _____ días, Licencia Regular _____ días, Concedida _____ días.

	Ultimo Día de Trabajo	Licencia Previamente Concedida	Fecha de Efectividad de la Separación
26. Renuncia			
27. Separación			
28. Destitución			
29. Cesantía			

30. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración: _____ De _____ A _____

31. Muerte: Fecha _____ Hora _____ Ultimo día de pago: _____ Participante de Retiro ☐ Sí ☐ No

32. Clase de Licencia: ☐ Para estudio ☐ Especial con paga ☐ Maternidad ☐ Militar sin Sueldo ☐ Sin Sueldo

Duración: _____ DE _____ A _____

33. Comentarios y Explicaciones (si necesita más espacio use el dorso) **Oficialización de funciones mediante autorización del 8 de julio de 1987 del Secretario de Salud y Director de la AMSS, Dr. Luis Izquierdo Mora.**

34. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elegibles indique: Certificación de Elegibles Núm. _____
Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior incumbente: _____

35. Si el cambio es a otra agencia el jefe de la agencia donde se origine el cambio o su representante autorizado firmará aquí: _____

36. Firma del empleado en casos que fuere necesario **APROBADO**
37. Aprobado por: **CRISTÓBAL E. ROBERT, J.D. Ofic. Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado** Fecha: **agosto de 1987**

Revisado o Aprobado por: _____ Fecha: **AUG 18 1987**

CM/ann/vls

OFICINA DE PERSONAL
DEPARTAMENTO DE SALUD
REGION SUR

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE SALUD
Administración de Facilidades y Servicios de Salud
Area de Personal

AP-15 Especial

REGION SUR

INFORME DE CAMBIO (AP-15) # P-263

NOMBRE: ANA A. LEONARDO FIGUEROA

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

Se notifica el siguiente cambio en el sueldo de este empleado en virtud de lo establecido en el Artículo 7.2 de la Ley Número 89 de 12 de julio de 1979, según enmendada, Ley de Retribución Uniforme. El aumento se concede por haber transcurrido cinco (5) años de servicios satisfactorios en forma ininterrumpida, sin que el empleado haya recibido ningún aumento de sueldo, excepto los otorgados por disposiciones de ley. El cambio es efectivo al 1ro. de diciembre de 1987.

ANTES DEL CAMBIO

DESPUES DEL CAMBIO

Título de Clasificación

Infermera III-Obstetra

Sueldo Mensual

\$632.00

\$982.00

Diferencial

--

--

Total

\$982.00

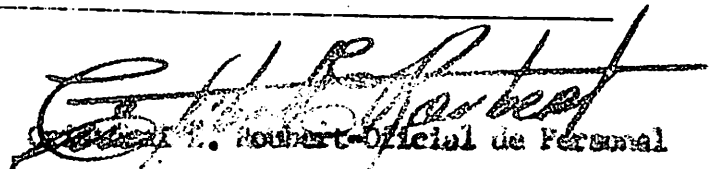
\$982.00

COMENTARIOS: _____

12 de noviembre de 1987

FECHA

CSR/lcn/at


Robert - Oficial de Personal

Firma de la Autoridad Nominadora o
su Representante Autorizado

APROBADO

NOV 17 1987

OFICINA DE PERSONAL
DEPARTAMENTO DE SALUD
REGION SUR

DECLARACIÓN INFORMATIVA - PLANES DE RETIRO Y ANUALIDADES
INFORMATIVE RETURN - RETIREMENT PLANS AND ANNUITIES

F1585317888

AÑO CONTRIBUTIVO: 2019
TAXABLE YEAR:☐ Enmendado - Amended: (/ /)Número de Confirmación de Radicación Electrónica
Electronic Filing Confirmation Number

INFORMACIÓN DEL PAGADOR - PAYER'S INFORMATION

Núm. de Identificación Patronal - Employer Identification No.

66-0433481

Nombre - Name

ADMINISTRACION DE SISTEMAS DE RETIRO

Dirección - Address

PO BOX 42003
SAN JUAN PR 00940-2003

Código Postal - Zip Code

INFORMACIÓN DE QUIEN RECIBE EL PAGO - PAYEE'S INFORMATION

Seleccione un encasillado - Select one box

☒ Residente [Resident] ☐ No Residente Ciudadano de E.U. [Nonresident U.S. Citizen] ☐ No Residente Extranjero [Nonresident Alien]

Núm. de Identificación - Identification No.

Nombre - Name

ANA IRIZARRY FIGUEROA

Dirección - Address

URB BARINAS
D12 CALLE 3
YAUCO PR 00698-4707

Código Postal - Zip Code

INFORMACIÓN DEL PLAN - PLAN'S INFORMATION

Núm. de Identificación Patronal - Employer Identification No.

66-0433481

Nombre del Plan - Name of Plan

ADMINISTRACION DE SISTEMAS DE RETIRO

Nombre de quien auspicia el plan - Plan sponsor's name

ADMINISTRACION DE SISTEMAS DE RETIRO

Fecha en que comenzó a recibir la pensión:
Date on which you started to receive the pension:

Día/Day 1 Mes/Month 1 Año/Year 1991

Marque el encasillado correspondiente: - Check the corresponding box:

Forma de Distribución: - Form of Distribution:

☐ Total Lump Sum ☐ Parcial Partial ☒ Pagos Periódicos Periodic Payments

Tipo de Plan o Anualidad: - Plan or Annuity Type:

☒ Gubernamental Governmental ☐ Privado Calificado Qualified Private ☐ No Calificado Non Qualified ☐ Anualidad Fija Fixed Annuity ☐ Anualidad Variable Variable Annuity

Descripción - Description

Cantidad - Amount

Distribuciones - Distributions

1. Aportación Via Transferencia Rollover Contribution		16. Cantidad Distribuida Amount Distributed	
2. Distribución Via Transferencia Rollover Distribution		17. Cantidad Tributable Taxable Amount	10,890.96
3. Costo de la Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	11,319.00	18. Cantidad sobre la cual se Pagó por Adelantado bajo las Secciones 1023.21, 1081.01(b)(9) o 1012D(b)(5) - Amount over which a Prepayment was Made under Sections 1023.21, 1081.01(b)(9) or 1012D(b)(5)	10,590.96
4. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund	0.00	19. Aportaciones Voluntarias After-Tax Contributions	0.00
5. Contribución Retenida sobre Pagos Periódicos de Planes Calificados o Gubernamentales - Tax Withheld from Periodic Payments of Qualified or Governmental Plans	0.00	20. Ingresos Exentos Exempt Income	300.00
6. Contribución Retenida sobre una Distribución Total (20%) Tax Withheld from Lump Sum Distributions (20%)		21. Distribuciones por Razón de un Desastre Declarado por el Gobernador de Puerto Rico - Distributions for Reason of a Disaster Declared by the Governor of Puerto Rico	
7. Contribución Retenida sobre una Distribución Total (10%) Tax Withheld from Lump Sum Distributions (10%)		A. Exentas Exempt	0.00
8. Contribución Retenida sobre Distribuciones de Planes No Calificados - Tax Withheld from Distributions of Non Qualified Plans		B. Tributables Taxable	0.00
9. Contribución Retenida sobre Otras Distribuciones de Planes Calificados (10%) - Tax Withheld from Other Distributions of Qualified Plans (10%)		C. Cantidad sobre la cual se Pagó por Adelantado Amount over which a Prepayment was Made	0.00
10. Contribución Retenida sobre Anualidades Tax Withheld from Annuities		D. Aportaciones Voluntarias After-Tax Contributions	0.00
11. Contribución Retenida sobre Transferencia de un Plan Calificado a una Cuenta de Retiro Individual No Deducible - Tax Withheld from Rollover of a Qualified Plan to a Non Deductible Individual Retirement Account		E. Total (Suma líneas 21A a la 21D) Total (Add lines 21A through 21D)	0.00
12. Contribución Retenida sobre Distribuciones del Programa de Cuentas de Ahorro para el Retiro (10%) Tax Withheld from Distributions of the Retirement Savings Account Program (10%)		22. Contribución Retenida sobre Distribuciones por Razón de un Desastre Declarado por el Gobernador de Puerto Rico - Income Tax Withheld on Distributions for Reason of a Disaster Declared by the Governor of Puerto Rico	0.00
13. Contribución Retenida sobre Transferencia del Programa de Cuentas de Ahorro para el Retiro a Cuenta de Retiro Individual No Deducible (10%) - Tax Withheld from Rollover of the Retirement Savings Account Program to a Non Deductible Individual Retirement Account (10%)		23. Código de Distribución Distribution Code	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>
14. Contribución Retenida sobre Distribuciones a No Residentes - Tax Withheld from Nonresident's Distributions		Razones para el Cambio Reasons for the Change	
15. Contribución Retenida sobre Otras Distribuciones Tax Withheld from Other Distributions			

Número de Cuenta
Account Number

582944302

Número de Control
Control Number

190038613

Número de Control de la Declaración Informativa Original
Control Number of Original Informative Return

FECHA DE RADICACIÓN: 28 DE FEBRERO O 30 DE AGOSTO, SEGÚN APLIQUE. VEA INSTRUCCIONES - FILING DATE: FEBRUARY 28 OR AUGUST 30, AS APPLICABLE. SEE INSTRUCTIONS

ENVÍE ELECTRÓNICAMENTE AL DEPARTAMENTO DE HACIENDA. ENTREGUE DOS COPIAS A QUIEN RECIBE EL PAGO. CONSERVE COPIA PARA SUS RÉCORDS.
SEND TO DEPARTMENT OF THE TREASURY ELECTRONICALLY DELIVER TWO COPIES TO PAYEE KEEP COPY FOR YOUR RECORDS.